

La Dacryocystite congénitale et son traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adolphe GARNIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à MONTMAÛR (Drôme), le 14 Juin 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

LA DACRYOCYSTITE CONGÉNITALE
ET SON TRAITEMENT

La Dacryocystite congénitale et son traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adolphe GARNIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à MONTMAUR (Drôme), le 14 Juin 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	JEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM.	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN
— — Chimie minérale		BARRAL
— — Urologie		GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....		RHENTER.
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER.
Stomatologie		TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT *	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

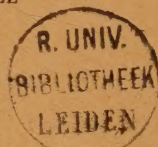
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; PIERY, assesseur

SANTY et CHALIER J. agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE,

Faible témoignage de ma reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A MA FEMME CHÉRIE

Comme gage de mon infinie tendresse.

A MA SŒUR,

Pour son affection dévouée et attentionnée.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,
*Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux.
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a fait le grand honneur de la
présider, nous le prions de croire à la
sincérité de nos sentiments très respec-
tueux et très reconnaissants.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LA DACRYOCYSTITE CONGÉNITALE ET SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

C'est en faisant notre stage à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, que nous eûmes l'occasion d'observer deux cas de dacryocystite congénitale. M. le Professeur Rollet a bien voulu nous donner l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale, mais plutôt de réunir dans cette étude, les divers travaux intéressant cette question jusqu'à ce jour, et de remettre en valeur le traitement essentiellement médical de cette affection, qui, au cours de ces dernières années avait cédé le pas au traitement chirurgical.

A cette occasion, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le Professeur Rollet, notre respectueuse reconnaissance pour l'aimable accueil qu'il nous a réservé dans son service. Nous le remercions également, d'avoir, dans une très grande mesure, facilité notre tâche, en nous permettant de puiser dans sa bibliothèque, tous les documents nécessaires à l'élaboration de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Rien n'est plus obscur que l'histoire de la dacryocystite congénitale. Albucasis, Rhazès, et toute l'école arabe si brillante, n'en font aucune mention; de même Archigènes, Galien, Paul d'Egine, Celse, Aetius, dont les idées font foi jusqu'au XVIII^e siècle. Les anciens, ignorant l'existence des voies lacrymales, attribuaient les inflammation de ces organes à des suppurations de l'angle interne de l'œil.

Cependant, en 1561, Fallope avait donné une bonne description des voies lacrymales et reconnu la nature de la dacryocystite ; son travail passa inaperçu et les chirurgiens du Moyen-Age, Paré, les deux Fabrice, etc..., ont méconnu l'inflammation du sac lacrymal.

En 1707, parut l'ouvrage de Maître Jan, donnant, le premier, sur les voies lacrymales, des idées anatomiques, soutenues par des idées saines de physiologie, et applicables à la pathologie de ces voies. En 1713, Anel reconnaît que le pus, au lieu de passer par des

ulcérations de la caroncule comme il le croyait, passe par les points lacrymaux et a l'idée de sonder les voies lacrymales. Monro, en 1735, signale le rétrécissement congénital des voies des larmes et particulièrement du canal nasal ; plus tard, Lawrence, Desmarres, signalent la prédisposition congénitale aux affections du sac et du canal, et cherchent à l'expliquer.

En 1865, Dolbeau publie une observation de tumeur lacrymale chez un nouveau-né, sans fistule. Hutchinson publie le premier exemple que nous connaissons de dacryocystite double.

C'est en 1884, simultanément par Vossius, dans son travail sur les maladies congénitales des voies lacrymales et par Michel, dans son traité des maladies des yeux, que cette question est traitée. Vossius met la dacryocystite des nouveaux-nés, sur le compte d'une malformation congénitale et conseille comme traitement, la pression méthodique sur le sac, ayant pour but de le vider plusieurs fois par jour ; de son côté, Michel, conseille comme traitement le passage d'une sonde d'Anel, il prétend que l'affection est due à la persistance dans le canal lacrymo-nasal, de clapiers muqueux, d'une matière jaunâtre, formée par le magma épithélial de la muqueuse du canal.

Rider, en 1884, publie une observation. Weiss admet l'opinion de Michel et de Vossius, mais cherche un moyen rapide pour guérir l'affection ; dans le *Monatsblatt* de 1889, il donne quelques observations de nouveaux-nés, guéris rapidement par le cathétérisme, avec une sonde conique. Plus tard, Weiss publie une

série d'observations nouvelles. Trousseau insiste sur l'antisepsie des fosses nasales et Coppez raconte la guérison d'un cas, obtenue par la succion du nez, faite spontanément par la nourrice. Terson soutient que des diathèses comme la syphilis et la tuberculose peuvent occasionner à elles seules la dacryocystite congénitale.

Heddæus, Peters, à leur tour, publient des observations et les accompagnent de quelques données intéressantes sur le traitement.

En 1920, M. le Professeur Rollet publie un cas de dacryocystite résultant d'une obstruction canaliculaire osseuse et dans ce cas il insiste, pour que la méthode expectative soit rejetée, pour recourir d'emblée à une intervention chirurgicale.

Mais auparavant, en 1905, Péchin, s'appuyant sur des observations d'Antonelli, qualifie la dacryocystite du nom de pseudo-conjonctivite, par suite de la ressemblance de ces symptômes avec ceux des conjonctives des nouveaux-nés.

Il indique comme traitement le massage du sac et les lavages antiseptiques. Le Professeur Rollet est de cet avis — lorsque la dacryocystite n'est pas due à une obstruction osseuse —.

Dans les cas qu'il a eus sous les yeux, la plupart du temps, la guérison a été obtenue par la simple expression du sac et le traitement médical. On s'en rendra compte par les observations que nous avons exposées à la fin de cet ouvrage et dont les cinq premières, inédites, ont été recueillies dans le service du Professeur Rollet.

CHAPITRE II

Anatomie et physiologie des voies lacrymales du nouveau-né

Aperçu embryologique. — Au 14^e jour, chez l'embryon humain, la face est représentée par une fosse, premier rudiment de la cavité buccale, limitée en haut par le bourgeon frontal qui descend de la partie antérieure du crâne, et en bas par le premier arc branchial complété par la soudure des arcs droit et gauche. Le bourgeon frontal descend entre les vésicules oculaires et se divise en 2 puis en 4 : bourgeon nasal interne et bourgeon nasal externe, de chaque côté.

Entre ces 2 bourgeons de chaque côté, on voit un sillon, la gouttière olfactive, origine de la narine. Latéralement, en dehors du bourgeon nasal externe, un autre sillon descend de la vésicule oculaire, limité en dedans par le bourgeon nasal externe et en dehors par le bourgeon maxillaire supérieur. Celui-ci naît de la partie postérieure de la première paire d'arcs bran-

chiaux, en arrière et au-dessous des vésicules oculaires, sur les bords de la fente palpébrale, avant que ceux-ci ne soient soudés sur la ligne médiane.

Peu à peu, les bourgeons maxillaires supérieurs se portent en bas, en dedans, en avant, et viennent s'appliquer de chaque côté contre le bourgeon nasal externe, laissant entre eux et lui, un sillon, qui s'étend de l'œil au sillon nasal; c'est le sillon lacrymal, origine de la gouttière lacrymale et du canal nasal. Mais à partir de ce moment, l'évolution est obscure. Coste pensait que le sillon lacrymal se convertit en canal par le développement des bourgeons limitants et forme, vers le milieu du 2^e mois, le canal nasal et le sac lacrymal. Mais Born a trouvé chez les amphibies que le conduit lacrymo-nasal ne forme qu'une bandelette d'épithélium qui se replie, s'étrangle du nez à l'œil, se coude, puis se perfore pour se mettre en communication avec la fosse nasale.

Sur des embryons de veau, Ewetzky a vu naître le long de la fourchette lacrymale entre la 5^e et la 6^e semaine, une crête qui s'enfonce dans le mésoderme et devint canaliculée sur l'embryon de 10 cm. Pour Legal, ce tube se prolongerait jusque dans la paupière supérieure et constituerait le canalicule lacrymal supérieur; l'inférieur se formerait plus tard par bourgeonnement.

Ewetzky admet que les canalicules naissent de la bifurcation du conduit nasal primitif. Il résulte de cet exposé, que le canal n'étant pas une invagination en doigt de gant, mais une crête épithéliale qui se débouche de haut en bas, la communication entre ce

canal et le méat inférieur sera le dernier état de développement.

Etat des voies lacrymales à la naissance. — En soulevant et en réséquant le cornet inférieur chez le nouveau-né, on voit la terminaison du canal nasal sous la forme d'une saillie lenticulaire, marquée à son centre d'une tache blanchâtre. C'est en ce point que s'ouvrira le canal nasal par le mécanisme de l'abcès qui crève et que s'écoulera le contenu gélatineux des voies lacrymales du nouveau-né. Dans quelques cas, la petite saillie lenticulaire normale est remplacée par une vésicule relativement énorme, qui soulève le cornet et le refoule en dedans, ou bien, se développant vers le bas, dépasse son bord inférieur pour atteindre presque le plancher des fosses nasales. Cela paraît dû à ce que la coiffe muqueuse qui ferme originairement les voies lacrymales du côté du nez, possède dans ce cas, une résistance anormale et se laisse distendre sans se rompre par l'accumulation des déchets épithéliaux. Dans ces circonstances, la distension ne porte pas uniquement sur le fond dépressible des voies lacrymales, mais peut s'étendre au sac lacrymal et au canal osseux lui-même. Cette dilatation des voies lacrymales du nouveau-né ne paraît pas excessivement rare ; elle est à coup sûr infiniment plus commune que la dacryocystite congénitale proprement dite.

Sur des coupes vertico-transversales du sac et du sac lacrymo-nasal (Rochon-Duvigneaud, Stanculéana), nous voyons que le sac et le canal sont cloisonnés incomplètement par des replis de la muqueuse.

se, qui forment soit des diaphragmes perforés, soit des sortes de valvules latérales. Ces valvules latérales sont de forme semi-lunaire ou de simples bourrelets qui n'occupent qu'une partie de la circonférence du canal. Leur direction est très variable, certaines sont horizontales, d'autres s'inclinent plus ou moins, soit en haut, soit en bas, sur l'axe du conduit.

Le canal nasal est fermé en bas par un opercule, dû à l'accolement à ce niveau des deux muqueuses lacrymales et nasales. Cet opercule est fortement distendu par l'acumulation du contenu pâteux des voies lacrymales, jusqu'à dépasser largement le bord inférieur du cornet. Malgré sa minceur, la paroi au niveau du point le plus saillant a encore une assez grande résistance, car un grossissement suffisant permet de reconnaître les vaisseaux indiquant la nutrition des tissus.

Dans d'autres cas, on voit que l'orifice inférieur du canal est fermé chez le fœtus et le nouveau-né par deux diaphragmes superposés. Le diaphragme supérieur est presque toujours perforé vers son centre. Quant à l'inférieur, désigné sous le nom d'opercule ou de coiffe muqueuse (à cause de sa forme en bonnet), il n'est pas toujours pérforé à la naissance; il représente du reste la muqueuse, primitivement continue des fosses nasales, tandis que le diaphragme supérieur n'est sans doute jamais autre chose qu'un repli plus ou moins étendu de la muqueuse du canal.

Tout récemment, Guedeney, à la Clinique du Professeur Rollet, et Bourdon (le canal nasal) étudiaient les formations répondant aux valvules classiques et

ont montré qu'il s'agissait de replis muqueux, qu'il convenait de nommer replis embryonnaires et dont nous parlerons plus longuement dans la pathogénie.

Les voies lacrymales sont obstruées par une sorte de magma jaunâtre, constitué par la desquation des cellules épithéliales superficielles dégénérées, qui tapissent la paroi interne du sac et des conduits lacrymaux. Ce bouchon graisseux a été comparé par Péchin au méconium, qui remplit la lumière du tube intestinal du nouveau-né.

Physiologie. — La déhiscence de la vésicule, dite terminale donnera l'orifice nasal du canal lacrymal.

Le mode, si variable, suivant lequel cette déhiscence s'accomplit, explique les nombreuses variétés qu'on rencontre dans l'orifice inférieur du canal.

Parfois, la déhiscence en question intéresse la cloison interne du segment membraneux terminal sous-pituitaire du canal nasal. Nous avons alors, le sillon lacrymal de Verga. Si la déhiscence se produit au centre de la vésicule, on peut avoir un orifice ovulaire ou arrondi, limité par deux replis valvulaires, cela est connu sous le nom de valvule de Hasner.

Le cas le plus simple est celui où le canal nasal membraneux, s'ouvrant au sommet du méat, comme le canal osseux, présente un large orifice, bordé de quelques rares vestiges, plus ou moins atrophies de l'opercule muqueux qui fermait en bas le canal nasal.

Dès la première inspiration, il s'établit dans les fosses nasales un courant d'air qui aspire ce magma dont il ne reste plus trace au bout de 2 à 3 jours.

A ce moment, les glandes lacrymales secrètent les larmes qui remplissent les conduits par capillarité.

L'action de la pesanteur et le courant d'air font cheminer le liquide, qui balaie les voies lacrymales. Ainsi s'établit le cours des larmes.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique du canal nasal et du sac lacrymal

Jusque vers le milieu du siècle dernier, l'anatomie pathologique des voies lacrymales a été très obscure. Le sac n'était point alors extirpé, et les autopsies faites en vue de rechercher les lésions sacculaires et canaliculaires, exceptionnelles.

Béraud, de 1853 à 1855, s'occupa beaucoup de l'anatomie pathologique des voies lacrymales, il rapporte plusieurs observations. Dans l'une, le canal était complètement oblitéré par une exostose, et le sac rempli d'un mucus, épais, visqueux, jaunâtre. Dans quatre autres, il constata au contraire, une réaction analogue des deux segments, sac et canal : l'une présentait un sac et un canal également libres et de dimensions normales, quoique contenant tous deux du pus; dans les 3 autres, le sac était rétréci et le canal oblitéré, ce qui prouve une réaction semblable des deux portions des voies excrétrices.

Plus tard, en 1896, grâce à M. le Professeur Rollet, l'anatomie pathologique du sac devint facile à étudier.

Toutefois, il faut signaler, en 1902, un article de Tartufer, où il étudie l'anatomie pathologique des dacryocystites catarrhales et purulentes. Il signale que, dans tous les cas observés par lui, le canal nasal présentait les mêmes lésions que le sac, plus importantes même que le sac.

Enfin, en 1921, M. le Professeur Rollet, fit étudier les lésions du canal nasal. Cette étude fut commencée par Gabrielidès et continuée par André (1913), qui examina de nombreux sacs lacrymaux et canaux membraneux.

Forme. — Le canal nasal, le plus souvent devient sinueux. Mais, d'autres fois, il présente de place en place des renflements ampullaires : c'est le type monoliforme. On peut voir des canaux infundibuliformes, par dilatation de la partie supérieure seule.

Dimensions. — La longueur du canal membraneux ne se modifie pas. Son calibre présente des variations considérables. Certains deviennent filiformes; d'autres, au contraire, s'ectasient.

Le canal pathologique est fréquemment rétréci de place en place, par des brides inflammatoires, au nombre d'une, deux ou trois, et séparées les unes des autres par des dilatations légères.

Oblitération. — L'oblitération n'est pas un aplatissement simple du canal, ni un étranglement : c'est

une véritable suppression de la lumière. Le canal membraneux est devenu un véritable cordon fibreux, au milieu duquel il est impossible de découvrir aucune trace d'épithélium.

Perméabilité. — Au point de vue de la perméabilité, les recherches faites par M. le Professeur Rollet, montrent que, dans bien des cas, un liquide injecté passe dans les fosses nasales. Ce fait n'est nullement en contradiction avec la présence de l'épiphora, constatée cliniquement; le rétrécissement peut céder devant la force de l'injection et empêcher cependant la descente des larmes qui, elles, descendent sans aucune pression.

Canal osseux. — Les lésions du canal osseux sont, si elles existent, difficiles à percevoir. Les recherches de M. le Professeur Rollet, ont montré que plus de la moitié des conduits ont un calibre normal, et que, parmi les autres, on observe à peu près un égal nombre de rétrécissements et d'élargissements.

Anatomie pathologique microscopique. — Les lésions de l'épithélium sont variées, mais n'ont rien de caractéristique. On observe une dégénérescence muqueuse des cellules superficielles cylindriques; plus rarement l'épithélium est réduit à quelques couches de cellules aplaties et dégénérées. D'autres fois, on voit se produire entre les cellules, une invasion de cellules inflammatoires et de vaisseaux néoformés et un tissu conjonctif de sclérose. Enfin, l'épithélium peut être réduit à sa couche génératrice ou même complètement disparu.

Les lésions du chorion sont la règle. Elles peuvent être groupées en deux types : lésions inflammatoires et lésions de sclérose qui, d'ailleurs, se succèdent et se combinent sur les coupes.

On trouve souvent, dans la muqueuse des voies lacrymales enflammées, des formations épithéliales qui font songer à des invaginations muqueuses. Pour M. le Professeur Rollet, il s'agirait de véritables glandes.

Le canal osseux est toujours sain. Il n'existe pas d'ostéite spontanée. La carie de l'unguis et de la branche montante du maxillaire, peut être considérée comme étant due à une thérapeutique trop brutale.

Un point important a été mis en évidence par M. le Professeur Rollet. Le canal, contrairement à l'opinion des anciens auteurs, présente les mêmes lésions macroscopiques que le sac lacrymal, et des lésions microscopiques analogues.

CHAPITRE IV

Rôle du canal nasal et des valvules embryonnaires dans la pathogénie des affections lacrymales congénitales

La dacryocystite congénitale est due souvent à une imperforation de la cloison muqueuse qui, chez le fœtus, sépare les voies lacrymales des fosses nasales. Une cause moins connue de dacryocystite congénitale, c'est celle sur laquelle insiste M. le Professeur Rollet : C'est l'obstruction complète ou incomplète du canal par altérations osseuses. Ce sont des cas rares que nous n'envisageons pas ici.

Quant au mode d'action de ces facteurs de prédisposition, il est facile de l'expliquer. Déjà, la présence seule d'un flocon de mucus dans un canal de calibre normal et non enflammé suffit à arrêter le cours des larmes. Le rétrécissement du canal, à partir d'un certain degré, constitue un second obstacle.

La stagnation des larmes, dans les voies lacrymales, due à la coopération de ces facteurs, favorise l'infection. Dès que l'infection se développera sur de semblables canaux, il est évident qu'elle troublera l'élimination des larmes à un degré plus fort et d'une manière plus précoce. On comprend par là toute l'importance des facteurs anatomiques.

1° *Persistence de l'état fœtal.* — C'est la cause la plus généralement admise des dacryocystites congénitales, depuis les travaux de Rochon-Duvigneaud.

Nous savons que l'orifice inférieur du canal est terminé en cul-de-sac chez le nouveau-né : la perforation de ce cul-de-sac est due principalement à la distension progressive de la coiffe muqueuse par la masse gélatineuse qui emplit les voies lacrymales.

L'occlusion pouvant se prolonger après la naissance, soit par un retard d'évolution du fœtus, soit par suite d'une naissance prématurée, il en résultera une véritable prédisposition à la dacryocystite congénitale.

2° *Présence de valvules.* — Les différentes valvules décrites sur le trajet du canal nasal ont été incriminées comme prédisposant aux dacryocystites congénitales. Elles déterminent des rétrécissements, mais jamais d'occlusion complète.

M. le Professeur Rollet, qui a étudié ces valvules, dit que ce terme de valvules doit disparaître, car il est faux anatomiquement et physiologiquement. Macroscopiquement, ces replis tranchent nettement à l'intérieur du conduit, ils atteignent parfois une longueur

assez considérable; leur bord adhérent est relativement mince et semble continuer la paroi sans transition aucune. Chaque repli est constitué par l'adossement à lui-même de l'épithélium séparé par une couche plus ou moins épaisse de chorion (*Thèse de Guédeney*). Cette couche contient des vaisseaux, souvent des tubes glandulaires et des follicules. Quand on étudie à fond ces replis embryonnaires, il ressort une impression de variété infinie, variété quant au nombre, au siège, aux dimensions, à l'orientation générale, qui rend un essai de classification impossible. On peut dire, cependant, que ces replis ont des sièges d'élection, régions terminales des canalicules, région du dôme, région lacrymo-nasale supérieure, région lacrymo-nasale moyenne; c'est ainsi que, fréquemment, deux replis à bord adhérent éloigné tendent à se joindre par leur bord libre pour déterminer la biloculation du sac en long, sa biloculation en travers, des loges isolées des faces, exceptionnellement une loge isolée du canal.

Physiologiquement, le rôle de ces replis est nul dans la grande majorité des cas. Mais, par leur extrême sensibilité à l'infection, par les cavités closes qu'ils tendent à déterminer, ils constituent un bon milieu de culture microbien; et, sans aucun doute, ils favorisent l'évolution ultérieure des dacryocystites.

3° *Bouchon muco-grasieux*. — A la naissance, les voies lacrymales sont obstruées par une sorte de magma jaunâtre, constitué par la desquamation des cellules épithéliales superficielles dégénérées. Ce bou-

chon non évacué obstruera les voies lacrymales, et constituera un bon milieu de culture microbien. Icard fait, de la présence ou de l'absence de ce bouchon, une application intéressante à la médecine légale. D'après lui, ce bouchon ne disparaît qu'entre le deuxième et troisième jour. En cas d'infanticide, l'imperméabilité plaidera en faveur de la mère accusée, mais, par contre, dans les cas où il serait prouvé que l'enfant a vécu moins d'un jour, la perméabilité précoce constituera une présomption en faveur de l'infanticide par obstacle mécanique direct apporté violemment à l'entrée de l'air dans les poumons.

CHAPITRE V

Etiologie

Nous serons bref sur le chapitre étiologie, car si on a beaucoup écrit pour expliquer les anomalies osseuses des voies lacrymales, il n'en est malheureusement pas de même pour expliquer les malformations des parties molles. Cependant, certaines causes ont été invoquées. Nous les reproduisons ici :

1° *L'hérédité*, si souvent constatée, serait une raison de croire que la diathèse agit sur le fœtus en retardant son développement, en faisant dévier l'évolution de ses organes, en dyscrasiant l'individu (Lévy). Cette influence ne pourrait-elle pas, du reste, avoir à elle seule toute son importance, sans qu'il soit possible de trouver une cause syphilitique ou autres causes.

On la retrouve dans beaucoup d'observations. Quelquefois, on signale l'affection chez les ascendants, ou les parents plus ou moins proches : deux enfants non jumeaux, dans la même famille, sont atteints de dacryocystite congénitale (Obs. IV et V).

2° *Age*. — C'est en général dès le lendemain de la naissance qu'apparaissent les troubles du côté des voies lacrymales; ils peuvent apparaître plus tard, passant inaperçus les premiers jours, le rétrécissement congénital n'ayant aucune raison de se manifester, étant donné que les glandes lacrymales ne sécrètent pas de larmes les premiers jours, ou qu'une très petite quantité.

3° *Sexe*. — Ne semble pas avoir une grosse influence.

4° *Côté atteint*. — Serait particulièrement à gauche; en général, les dacryocystites congénitales sont monolatérales.

Avant de terminer ce chapitre, nous dirons un mot sur la bactériologie de cette affection.

Bactériologie. — Elle est peu connue. Les microbes proviennent soit de conjonctive, soit de la pituitaire. Les espèces trouvées le plus habituellement sont des staphylocoques blancs ou dorés, dénués d'après la plupart des auteurs de virulence. Cependant Zelenkowsky, à la suite d'une dacryocystite chez un nouveau-né, retira du pus avec toutes les précautions d'usage pour l'examen bactériologique avec une seringue de Pravaz. L'examen bactériologique du pus décéla la présence dans le sac de staphylocoques dorés, très virulents pour le lapin et le chat. Hirsch a constaté la présence de pneumocoques.

Dans la dacryocystite phlegmoneuse, M. le Professeur Rollet a trouvé, par ordre de fréquence décroissante : le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille de Pfeiffer et le pneumo-bacille.

CHAPITRE VI

Symptômes et formes cliniques

Dans sa forme la plus habituelle, elle présente des symptômes très nets, que Péchin a décrits dans sa communication au Congrès français d'Ophtalmologie de 1905 :

« On peut dire que l'affection s'installe sournoisement. Aussitôt après la naissance ou dans les premiers jours qui suivent, les yeux sont larmoyants; puis bientôt on remarque de la sécrétion légère, rarement abondante, dans l'angle interne, un peu de muco-pus dans les culs-de-sac quand on a la précaution de les étaler et c'est tout. Pas de réaction inflammatoire. Pas de douleur. Ces conjonctives bulbaires et palpébrales sont, le plus souvent, normales, hyperémiées dans les régions tarsiennes. Les bords des paupières peuvent être congestionnés, les yeux sont un peu collés le matin au réveil, et, après un lavage, les yeux paraissent sains, pour redevenir quelques heures après dans le même état qu'auparavant. La pression sur la

région nasale, qu'elle soit faite de bas en haut ou de haut en bas, fait sourdre bien inconstamment un peu de sécrétion purulente par les points lacrymaux, mais c'est rare. Cette inconstance et cette rareté donnent à l'affection des voies lacrymales toute l'allure d'une infection conjonctivale. » Après des alternatives de recrudescence et de remission, elle disparaît sans laisser de traces.

Mais il peut se faire que la dacryocystite congénitale emprunte ses symptômes à ceux de la blennorrhée chronique acquise du sac. On observe une tuméfaction de la région du sac lacrymal; la pression fait sourdre des flots de pus par les points lacrymaux et même parfois de la narine correspondante. La tumeur est indolente. Il n'y a pas de complication du côté de l'œil, à peine une conjonctivite légère avec une sécrétion muqueuse.

L'enfant se porte bien, L'affection peut durer un certain temps, elle guérit spontanément ou nécessite un traitement médical.

Pour la commodité de l'étude, les anciens auteurs admettaient 5 périodes à la dacryocystite. Avec le Professeur Rollet, nous pouvons appeler ces 5 périodes ainsi :

- 1° Période d'épiphora et d'écoulement permanent;
- 2° Période d'ectasie du sac;
- 3° Période de phlegmon du sac;
- 4° Période de fistule lacrymale;
- 5° Période d'ostéite (?).

Maintenant, énumérons rapidement les symptômes de chacune de ces diverses périodes :

1° Tout d'abord, il y a épihora sans rétention, pas de pus à la pression de la région lacrymale, pas de réaction inflammatoire, pas de douleur. Ces phénomènes peuvent disparaître, par l'antisepsie du sac lacrymal ou par quelques sondages.

C'est la première période d'*écoulement* simple ou purulent.

2° Présence d'une tumeur lacrymale plus ou moins volumineuse suivant les cas. Elle est indolente, mobile sous la peau amincie. La pression fait sourdre des flots de mucus (*mucocèle*) ou pus (*empyème sacculaire*) par les points lacrymaux et même par les narines. Pas de complication du côté de l'œil, à peine une conjonctivite légère avec une sécrétion muqueuse.

3° L'infection a franchi les barrières de l'organe. C'est le *phlegmon lacrymal*. Le tissu cellulaire pré-lacrymal et juxtalacrymal externe est enflammé. La région du sac est rouge, chaude, œdématisée.

4° Fistule lacrymale avec écoulement de pus. Cette forme est tout à fait exceptionnelle chez l'enfant.

5° Ostéite ou carie des anciens auteurs. Dans les observations de dacryocystite de l'adulte, comme dans celles du nouveau-né, on n'a jamais vu cette forme. Cette carie ancienne était due aux traitements non antiseptiques de jadis, tels que le clou de Scarpa, la canule à demeure de Dupuytren.

Complications

Elles sont rares. Cependant, la seule présence de l'empyème avec son contenu septique, constitue un danger permanent.

L'écoulement de pus, par la fistule peut excorier la peau, y produire de l'eczéma suintant, voir même une infection à distance : adénite sous-maxillaire, auriculaire.

Du côté de l'œil, la moindre lésion peut s'infecter, déterminer des conjonctivites. La conjonctivite peut s'étendre à la conjonctivite bulbaire; la suppuration est augmentée d'autant : une blépharo-conjonctivite suit, voir même des complications cornéennes, si l'état général de l'enfant est déjà mauvais.

CHAPITRE VII

Diagnostic

1° *Diagnostic positif.* — Le diagnostic de la dacryocystite congénitale repose sur des faits de deux ordres : les premiers sont des signes de probabilité et, par conséquent, d'une valeur relative; les seconds, au contraire, sont des signes de certitude, et, seuls, ils permettent d'affirmer ce diagnostic.

Signes de probabilité. — L'âge du sujet, le début brusque de l'affection, le jour ou peu de temps après la naissance, la présence dans l'angle interne de l'œil d'un magma jaunâtre et épais, le larmolement permettent de soupçonner une affection des voies lacrymales.

Signes de certitude. — En présence de ces symptômes, on pratique une pression sur la région du sac, et l'on voit sourdre par les point lacrymaux du mucus ou du pus, on peut alors affirmer que la dacryocystite existe ; mais, dans le cas contraire, on ne peut pas conclure à son absence, car le sac peut avoir été vidé

récemment, soit de lui-même, soit par des frottements exercés sur la paupière pour débarasser les yeux de l'enfant des mucosités qui obstruent la fente palpébrale. Dans les cas douteux, Antonelli indique un moyen de reconnaître si l'on a affaire à une dacryocystite, il consiste à instiller dans l'œil quelques gouttes d'une solution de fluorescine. On place un tampon d'ouate dans la narine correspondante, et si, au bout de quelques temps, il n'est pas teinté, on en conclut que l'orifice inférieur des voies lacrymales est bouché.

Enfin, pour confirmer le diagnostic, il y a une manœuvre que nous ne conseillons pas de faire, chez le nouveau-né, c'est-à-dire le passage d'une sonde ou l'injection avec la seringue d'Anel d'un liquide antiseptique par le point lacrymal inférieur. Ces manœuvres que l'on fait sans inconvénient chez l'adulte, sont pénibles chez le nouveau-né et demande la chloroformisation.

2° *Diagnostic différentiel.* — Certaines affections de l'œil peuvent simuler une dacryocystite congénitale, ce sont : la conjunctivite catarrhale, la conjunctivite purulente et la conjunctivite à pneumocoques de Parinaud.

Le diagnostic avec la conjunctivite catarrhale est des plus facile, l'hyperémie bulbaire est peu marquée dans la dacryocystite, intense dans la conjunctivite.

Il suffit d'appuyer sur la région du sac, pour faire sourdre du pus par les points lacrymaux.

Il n'en est pas de même dans la distinction entre la

dacryocystite congénitale et la conjonctivite purulente. Dans ce cas, l'écoulement est plus liquide, c'est un véritable flot de pus, qui s'écoule sur les joues du malade.

La conjonctivite palpébrale est hyperémiée et vascularisée ; un chémosis sanglant entoure le limbe cornéen ; la pression du sac est négative ; les paupières œdématisées ne peuvent être soulevées qu'avec difficulté. Enfin la conjonctivite purulente des nouveaux-nés est bilatérale et, dans les cas douteux, un examen bactériologique donne la cause exacte de cet écoulement de pus abondant.

La conjonctivite à pneumocoques, dans le jeune âge, peut se compliquer de dacryocystite ; mais les anamnestiques mettent alors sur la voie ; l'affection est consécutive à une rhinite intense, de plus, ces conjonctivites épargnent bien rarement la cornée, et la pituitaire n'offre pas cet état de sécheresse constaté dans la dacryocystite.

En dernier lieu, il faut citer pour mémoire seulement, les tumeurs lacrymales congénitales. Ni les kystes prélacrymaux, ni les dilatations kystiques des canicules n'ont été observés chez les nouveaux-nés. En effet, quoique congénitaux, les kystes prélacrymaux ne se révèlent à la naissance par aucun caractère particulier.



CHAPITRE VIII

Pronostic

Le pronostic de la dacryocystite congénitale, d'une façon générale, est bénin, très bénin même pour Heddæus qui prétend, que la plupart des cas de dacryocystite congénitale guérissent, sans avoir été diagnostiqués, sans avoir été vus par un ophtalmologiste.

Par un traitement médical approprié, elle rétro-cède rapidement et guérit en quelques jours. Peters cite un cas de guérison radicale en deux jours. Antonelli a vu la sécrétion purulente disparaître en 24 heures. Le même auteur cite un cas de dacryocystite double qui guérit en quatre jours. Dans les cas les plus fréquents, (observations du Professeur Rollet, de Weiss, de Bardoux), un traitement essentiellement médical amène une guérison complète en huit jours. Weiss signale cependant une dacryocystite congénitale, qui se compliqua d'ulcère de la cornée, qui disparut avec la dacryocystite, et le professeur Cange,

un cas de dacryocystite congénitale gangréneuse, ayant amené la mort de l'enfant en quelques jours.

Mais, disons-le de suite, ces cas sont extrêmement rares et dans la majorité des cas, on peut dire que la dacryocystite congénitale guérit en un temps qui peut varier de quelques jours à plusieurs mois.

CHAPITRE IX

Traitement

Le traitement comprendra deux écoles : Les partisans de *l'intervention* et les partisans du *traitement médical*.

Heddæus, Valude, proposent le cathétérisme au moyen de la sonde coudée de Gensoul. Valude, en particulier, prétend que dans la majorité des cas, le cathétérisme amène une cessation rapide des phénomènes, et, la facilité de guérison par ce moyen est pour lui, un motif de rejeter formellement la méthode expectative prolongée, adoptée par un grand nombre d'auteurs. Chevallereau et Weiss insistent aussi sur le cathétérisme.

Panas et Trousseau se bornent aux antiseptiques. Coppez est de l'avis de Trousseau. Il recommande la succion du nez et s'inscrit contre l'ouverture de la poche et les sondages. Nous ne partageons point la manière de voir des interventionnistes, car le sondage chez le nouveau-né, tout en suivant les mêmes règles

que chez l'adulte, présente des difficultés réelles. Tout d'abord les conditions vitales du nouveau-né, la nécessité de l'anesthésie générale pour immobiliser l'enfant rendent ces interventions dangereuses. Puis étant donné l'étroitesse des canaux, il faut avoir recours à la sonde n° 1 de Bowman, c'est-à-dire à la plus petite de la série. Enfin, les os si minces comme l'unguis, les muqueuses friables, présentant des culs-de-sac et des méandres, se laissent facilement déchirer, effondrer par un cathétérisme imprudent. Aussi le praticien d'aujourd'hui, suivant les conseils de Panas, doit faire un traitement médical et ne se servir de la sonde qu'à la dernière extrémité.

En effet, le traitement médical, facile à appliquer, pouvant être fait par la mère ou la nourrice, suffit à amener la disparition complète de l'affection dans la majorité des cas.

Ce traitement consiste d'abord en des lavages antiseptiques au sulfate de zinc à 1 p. 300; au sublimé à 1 p. 10.000, au cyanure neutre de mercure à 1/4.000^e, à l'eau boriquée, au permanganate de potasse, dans le but de débarrasser l'œil des sécrétions muco-purulentes.

Ces lavages sont un moyen de propreté, un préservatif contre l'infection possible de l'œil et de ses annexes plutôt qu'un traitement contre la dacryocystite.

On peut en dire autant des compresses humides en permanence. Trousseau prétend que les douches nasales sont de la plus grande utilité.

Puis on emploie les collyres à l'argyrol à 1/100^e, au

sulfate de zinc à 1 p. 100, ou au nitrate d'argent à 1 p. 200. On les instille goutte à goutte, matin et soir, dans l'angle interne de l'œil. Mais il ne faut pas en abuser, car ils occasionnent des conjonctives médicamenteuses, qui effraient les parents et qui ne disparaissent qu'avec leur suppression.

On pratique en même temps des massages, qui, pour la plupart des auteurs, sont d'une efficacité réelle contre la dacryocystite congénitale. Pour être efficaces, ces massages doivent être méthodiques, il faut faire d'abord une compression digitale simple, répétée plusieurs fois dans la journée, pour vider complètement le sac lacrymal, puis masser la région du sac lacrymal de bas en haut avec toute la douceur désirable. Ces massages ayant le même but que la simple compression.

Généralement, au bout de quelques jours, la dacryocystite va en s'atténuant, la sécrétion diminue, l'hyperémie conjonctivale s'efface, seul le larmoie-ment persiste quelques temps, mais cède enfin à son tour.

On peut appliquer en même temps que ce traitement local, un traitement général, qui peut avoir souvent, une influence décisive sur l'évolution de l'affection. L'enfant doit être soumis à un régime sévère et surveillé attentivement au point de vue de sa nutrition générale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Recueillie à la Clinique ophtalmologique
du Professeur Rollet.)

*Dacryocystite congénitale bilatérale. Guérison au bout
de 8 jours par traitement médical.*

S... Jean, 28 jours, entré dans le service du Professeur Rollet, le 23 décembre 1925.

Antécédents héréditaires : La mère a présenté, à 10 ans, des troubles des voies lacrymales. On lui a fait un cathétérisme de l'œil droit et de l'œil gauche. Depuis, aucune intervention n'a été nécessaire. La sœur de la mère aurait aussi présenté des troubles des voies lacrymales.

Huit jours après la naissance, œdème de la paupière de l'œil gauche, marqué particulièrement au niveau du sac lacrymal. Les paupières sont collées, la pression sur la région du sac fait sourdre du pus par les points lacrymaux.

Le 20 décembre, l'œil droit s'est pris à son tour. Œdème au niveau de la région nasale, comblant la dépression orbitaire. Les paupières sont collées. Le sac contient du pus, que la pression fait sourdre au niveau des voies lacrymales.

Un traitement par l'argyrol est institué, au bout de 8 jours les troubles oculaires ont disparu. Les yeux, les paupières sont normaux. Rien au niveau des sacs lacrymaux.

OBSERVATION II (*Inédite*)

(*Recueillie à la Clinique ophtalmologique
de M. le Professeur Rollet.*)

*Dacryocystite unilatérale droite congénitale.
Guérison au bout de 7 jours par traitement médical.*

Ch... Andrée. Agée de 3 mois, entrée le 14 janvier 1926.

Antécédents héréditaires : Le père et la mère ont toujours eu une bonne santé.

L'enfant est bien portante et menée à la crèche toutes les semaines.

Dès le premier jour, la mère s'est aperçue que l'œil droit de son enfant pleurait et suppurait. Tous les matins, l'œil était abondamment collé, l'enfant présentait du pus et des croûtes entre les paupières. Il n'y a jamais rien eu du côté gauche.

L'examen est fait le 14 janvier par le Docteur Colrat : Les cils sont collés en mèche de fouet, la sécrétion est muco-purulente moyennement abondante, la région du sac lacrymal est à peine œdématiée et la pression fait sortir du pus par le canalicule des voies lacrymales.

Comme traitement, on fait simplement des lavages de l'œil à l'eau bouillie. Le 22 janvier, la guérison est complète; aucune rougeur oculaire, il ne sort rien à la pression.

OBSERVATION III (*Inédite*)

(Professeur ROLLET.)

Dacryocystite bilatérale congénitale. Incision des canalicules et cathétérismes sans succès. Guérison par traitement médical : à droite, au bout de un mois; à gauche, au bout de cinq mois.

René B..., né le 10 mai 1925, vu avec le Docteur Badin, de Digoïn.

Peu de jours après la naissance, la sœur garde-malade signale que les yeux de l'enfant sont continuellement larmoyants. On n'attache aucune importance à ce symptôme, et, la réaction conjonctivale étant très discrète, on se contente de quelques lavages à l'eau boriquée.

Petit à petit, du pus apparaît, vers le mois de juillet, les yeux larmoient continuellement, sont collés le matin, les conjonctives s'enflamment. Des collyres à l'argyrol et au sulfate de zinc à 1 p. 400, alternés, amènent des améliorations transitoires.

Un ophtalmologiste voit l'enfant vers la fin du mois d'août, constate l'existence de pus dans le sac droit, de mucus mêlé de quelques flocons purulents dans le sac gauche et parle de dacryocystite congénitale. Ayant eu des succès dans des cas analogues par le cathétérisme des voies lacrymales et larges incisions des canalicules, il tente cette opération. Quatre séances sont pratiquées, mais on ne peut passer. On n'observe d'ailleurs aucune réaction fâcheuse. Le spécialiste conseille de montrer l'enfant au Professeur Rollet, qui l'examine en septembre.

M. le Professeur Rollet porte le diagnostic de dacryocystite congénitale bilatérale (*empyème* à droite, *mucocèle* à gauche). Promettant une guérison spontanée, il conseille formellement l'abstention de toute manœuvre instrumentale. Il ordonne des lavages biquotidiens avec une solution de permanganate faible (1 p. 6.000) et l'usage de collyres au bleu de méthylène (1 p. 500) et au sulfate de zinc (1 p. 300), en alternant leur emploi. Enfin, il prescrit des massages prudents des 2 sacs.

On obtient, grâce à ce traitement, une diminution nette de la réaction conjonctivale et de la suppuration des sacs, avec des alternatives de mieux et de plus mal, lorsque l'enfant est exposé à l'air. A noter que le plus léger coryza amène une recrudescence des symptômes.

Vers le 10 octobre, l'enfant présente un coryza aigu, qui amène une augmentation de la suppuration à droite. Quoi qu'on fasse, du pus coule sur la joue et de là dans la conque de l'oreille droite.

Une otite externe droite se déclare avec fièvre élevée : un médecin constate, à l'otoscope, une élevation rouge sombre

d'une des parois du conduit. Néanmoins, la résolution se fait, sans suppuration. Et, brusquement, du jour au lendemain, l'œil droit guérit au cours de cette poussée d'otite.

Vers la fin du mois d'octobre, le Professeur Rollet revoit l'enfant, constate la guérison de la dacryocystite droite, conforme à ses prévisions. Il conseille de ne pas perdre patience et de continuer à traiter l'œil gauche, comme précédemment.

Vers la fin de novembre, le mucocèle gauche se transforme peu à peu en empyème; la suppuration devient très abondante, en dépit des soins. Brusquement débute une dacryocystite intense, avec périocystite, conjonctivite suraiguë avec énorme chémosis : à première vue, on dirait un érysipèle de la face. Le Docteur V., de Moulins, appelé d'urgence, conseille de continuer sans arrêt les applications de compresses chaudes, ordonne d'instiller le premier jour, une goutte de collyre au sulfate d'atropine à 1/300, les deux jours suivants une goutte de collyre au nitrate d'argent à 1/100.

En quelques jours, bien qu'on pût croire à l'imminence d'un phlegmon, tout rentre dans l'ordre, la suppuration persiste les mois suivants, plus ou moins abondante. Les collyres n'agissent plus guère : cependant, de temps à autre, l'ins-tillation de nitrate d'argent à 1/100, paraît pendant 2 ou 3 jours, diminuer la suppuration et la réaction conjonctivale. La cornée est toujours restée indemne.

Enfin, le 15 février, l'enfant présente une poussée intense de coryza avec adénoïdite aiguë et fièvre élevée, d'origine grippale (toute la famille a été atteinte). Il fait, au bout de 3 ou 4 jours, une poussée d'otite catarrhale aiguë gauche n'allant pas à la suppuration. Brusquement, au cours de cette poussée, la suppuration du sac gauche se tarit du jour au lendemain. Toute réaction conjonctivale disparaît en 24 heures et l'écoulement des larmes devient normal, à noter que, au cours de ce coryza, un peu de suppuration reparait du côté droit et cède en 2 jours, à quelques instillations de sulfate de zinc à 1 p. 300.

OBSERVATIONS IV V (*Inédites*)

(*Dues à l'obligeance de M. le Professeur Rollet.*)

*Dacryocystite congénitale chez deux frères.
Guérison par traitement médical.*

Obs. IV. — P..., né le 4 juillet 1920.

Jamais de rougeur prémaculaire, mais larmolement simple commençant à la deuxième semaine du côté gauche.

Le malade est vu par M. le Professeur Rollet, le 31 janvier 1921. Il ordonne un traitement par des lavages antiseptiques et des pommades. Guérison fin mars.

Obs. V. — B..., frère du précédent, né le 7 août 1925.

A la fin de la deuxième semaine, l'enfant présente un phlegmon du sac lacrymal à gauche. Il est vu par le Docteur Coronat, le 20 août. Il ordonne des cataplasmes *in situ*.

M. le Professeur Rollet voit le nouveau-né le 18 septembre 1925. Il constate un empyème subaigu du sac avec rougeur de la peau, et prescrit des lavages au permanganate et l'application de pommade au précipité blanc.

Le larmolement persiste plusieurs jours encore, mais au bout d'un mois de traitement médical, on peut constater une grosse amélioration, puis guérison.

OBSERVATION VI (ANTONELLI)

*Dacryocystite congénitale droite : guérison en 4 jours
par traitement médical.*

Enfant âgé de 4 semaines. Depuis sa naissance, conjonctivite subaiguë à rechûte avec peu de sécrétion, mais rougeur considérable du bord des paupières. L'œil gauche est presque guéri et rien ne sort par les points lacrymaux en pressant la région du sac. A l'œil droit, hyperémie conjonctivale marquée; la pression fait sourdre du pus.

Traitement · Massages fréquents de la région du sac et instillation de collyre boriqué. 4 jours après, l'enfant est guéri, pas de sécrétion, ni à droite, ni à gauche.

OBSERVATION VII (ANTONELLI)

*Dacryocystite congénitale gauche : guérison en 2 jours
par traitement médical.*

Enfant prématurée, née à 8 mois, mais bien constituée, vue 15 jours après sa naissance. Conjonctivite muco-purulente de l'œil gauche. Par la pression sur la région du sac, il sort du muco-pus par les points lacrymaux.

Traitement : Massage du sac toutes les demi-heures dans la journée, toutes les 2 heures la nuit, collyre à l'oxy-cyanure.

Le lendemain, par la pression, peu de sécrétion ; guérison rapide de l'état conjonctif.

OBSERVATION VIII (BARDOUX)

*Dacryocystite congénitale double : guérison en 6 jours
par traitement médical.*

Enfant âgé de 2 mois, présente, à la suite d'une forte rhinite, du larmoiement et une sécrétion muqueuse à l'angle interne de l'œil gauche; celui-ci était collé le matin, la paupière supérieure était œdématiée, la conjonctive bulbaire hyperémisée. L'enfant est conduit le lendemain, 16 mars 1904, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu ; l'unilatéralité de l'affection, l'hyperémie à l'angle interne font penser à une dacryocystite congénitale. La pression sur le sac amène du pus. Le cathétérisme est refusé par la mère.

Le lendemain, la mère mène l'enfant chez un spécialiste, qui pratique l'expression du sac et ordonne un collyre au sulfate de zinc. L'œil gauche guérit en 4 jours, mais l'œil droit se prend à son tour; traitement au sulfate de zinc, guérison en 5 à 6 jours. L'affection de l'œil droit fut pris pour une simple conjonctivite.

OBSERVATION IX (BARDoux)

*Dacryocystite congénitale double : guérison en 15 jours
par traitement médical.*

Enfant âgé de 2 mois, fils d'un médecin, né 10 jours avant terme, présentant, dès sa naissance, une inflammation conjonctivale aux deux yeux. Son père le traite par des instillations de nitrate d'argent et de sulfate de zinc, peu d'amélioration au bout de 10 jours; le père consulte un spécialiste.

A l'inspection, hypérémie de la conjonctive bulbaire et palpébrale, plus intense sur cette dernière. Larmoiement et sécrétion, surtout le matin. Dans l'angle interne des yeux, le sac fait une saillie considérable; par la pression, il sort du mucus, pas de rhinite. Comme traitement : pommades inertes et pression sur le sac; l'enfant guérit en quinze jours.

OBSERVATION X (FRENKEL)

*Dacryocystite congénitale droite : guérison en 2 mois
par traitement médical.*

Enfant âgé de 4 mois, qui présente à l'œil droit une sécrétion muqueuse intermittente. Les parents racontent que l'affection remonte aux premiers jours après la naissance, qu'elle fut soignée d'abord par une sage-femme par des instillations de nitrate d'argent, ensuite par des lavages à l'eau boricuée. et que, l'état paraissant s'améliorer, on ne s'en préoccupait pas tout d'abord. Toutefois, il y avait des jours où cette sécrétion était plus abondante, et la conjonctive plus rouge. Ces parents ont encore remarqué que c'est surtout le matin qu'il y avait beaucoup de mucus dans l'angle interne, en même temps que les paupières étaient collées. Sur le conseil de leur médecin de famille, ils ont réclamé l'avis d'un spécialiste. A l'examen, on trouve la conjonctive palpébrale injectée, tandis que la conjonctive bulbaire est normale. Dans l'angle interne de l'œil droit, il y a une petite concrétion muqueuse. La pression sur la région du sac ne ramène rien.

Néanmoins, le siège unilatéral de l'affection, la durée insolite de quatre mois, fait porter le diagnostic de dacryo-blennorrhée.

Frenkel propose un cathétérisme qui est refusé par les parents. L'enfant est revu quelques jours après, et cette fois, la pression sur la région du sac fait sourdre une goutte de mucus.

Le traitement a consisté en des instillations d'une solution faible (1 p. 300) de sulfate de zinc. L'affection a persisté encore un mois ou deux avec les mêmes alternatives de recrudescence et d'amélioration. Puis le père vient un jour annoncer que la sécrétion n'est plus revenue. Un an après, il n'y avait plus de rechûte.

OBSERVATION XI (HEDDAEUS)

*Dacryocystite congénitale gauche.
Guérison en 6 jours par simples lavages.*

Enfant âgé d'un jour, présente une sécrétion muco-purulente sous l'angle interne de l'œil gauche.

Pas de trace d'inflammation conjonctivale. Cet état dure six mois avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. La guérison survient brusquement et se maintient définitivement.

Traitement médical : simples lavages; la sécrétion se tarit brusquement et l'écoulement mécanique se fait par le nez

OBSERVATION XII (Lange)

*Dacryocystite congénitale gauche :
Guérison en deux jours par traitement médical.*

Enfant de 5 jours ayant une tumeur lacrymale gauche, l'œil droit est sain, la région lacrymale gauche est gonflée, sans rougeur. Hyperémie minime de la conjonctive palpébrale inférieure, la conjonctive bulbaire et la cornée sont intactes. Légère sécrétion conjonctivale, par la pression légère sur le sac, une grande quantité de pus venait par la narine cor-

respondante. Pus jaunâtre, bien lié, louable, non fétide. Il conseille les lavages au sublimé plusieurs fois par jour et 48 heures après, étant allé voir le malade pour prendre du pus, il le trouve complètement guéri.

OBSERVATION XII (LÉVY)

*Dacryocystite congénitale gauche :
Guérison en 1 mois par traitement médical.*

C... H..., 5 mois, père et mère bien portants, il ne porte les traces d'aucune diathèse. Dès le lendemain de sa naissance, il larmoie de l'œil gauche, puis on aperçoit un léger écoulement de muco-pus dans le coin de l'œil. Rien à droite. Jamais l'œil n'a rougi, la narine correspondante est sèche, l'écoulement s'arrête dans la nuit. Le pus contient du staphylocoque doré en grande quantité.

Traitement : Collyre a unitrate d'argent à 1/100, une goutte le matin et le soir dans le coin de l'œil. Lavages dans la journée à l'eau boriquée tiède. Disparition de tout trouble au bout d'un mois de traitement.

OBSERVATION XIV (PANAS)

Dacryocystite double congénitale. Guérison en 6 semaines

Enfant de quelques jours présentant une dacryocystite double. Traitement médical (Lavages, compression du sac, collyre au nitrate d'argent à 1/200). Guérison en 6 semaines.

OBSERVATION XV (PETERS)

*Guérison en 2 jours par compression et lavages de l'œil:
Guérison en 2 jours par compression du sac et lavages de l'œil*

Enfant de 5 jours ayant une suppuration du sac droit, sans lésion appréciable du nez ni de la conjonctive.

Compression du sac et propreté de l'œil. Guérison radicale en 2 jours.

OBSERVATION XVI (PETERS)

*Dacryocystite congénitale gauche :
Guérison en quelques jours, par traitement médical.*

Enfant de 3 mois, présente depuis sa naissance une suppuration légère du côté gauche. Traité par le sulfate de zinc et les compresses froides. Amélioration, mais pas de guérison complète. Au premier examen, on ne peut découvrir une affection du sac lacrymal. Le lendemain, la pression sur le sac fait sortir, par le point lacrymal inférieur, une matière jaune, épaisse. Le traitement médical fait disparaître la suppuration en quelques jours, mais le larmolement persiste encore quelque temps.

OBSERVATION XVII (PETERS)

*Dacryocystite congénitale droite :
Guérison en 6 semaines, par traitement médical.*

Enfant de quelques jours, portant à droite une tumeur du sac, avec blénnorrhée. Par la pression, du pus s'écoule par le point lacrymal et la narine du même côté. L'enfant présente un aplatissement, produit probablement par le forceps, de la tempe et de la joue droite. L'enfant guérit en 6 semaines par le traitement médical, et l'écoulement par le nez disparaît avec celui du sac, sans que le traitement fut dirigé du côté du nez.

OBSERVATION XVIII (WEISS)

*Dacryocystite congénitale double :
Guérison par expectation en 14 jours.*

Petite fille de 3 jours, a des 2 côtés un larmolement simple. Pas de pus par la compression du sac, guérison complète par l'expectation simple en 14 jours.

OBSERVATION XIX (WEISS)

*Dacryocystite congénitale gauche :
Guérison par traitement médical.*

Petite fille de la semaine, présentant dès la naissance du larmolement de l'œil gauche. On sortit l'enfant par un mauvais temps et, dès le lendemain, on voyait du pus dans le coin de l'œil. La conjonctive correspondante s'est en même temps légèrement congestionnée. L'enfant est née prématurément au 7^e mois. Le grand'mère et une de ses cousines auraient déjà souffert de dacryocystite.

Guérison par moyens médicaux.

CONCLUSIONS

I. — L'inflammation des voies lacrymales d'excrétion s'observe parfois peu après la naissance. Cette dacryocystite congénitale apparaît généralement, dans la première semaine ; elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. L'œil gauche étant plus souvent atteint que le droit.

II. — La dacryocystite congénitale se présente sous l'aspect clinique de la dacryocystite banale, et l'on note, une première période de larmolement simple, suivi d'un écoulement purulent d'emblée chronique.

Dans une deuxième période, c'est la tumeur lacrymale, ectasie du sac, avec mucus et larmes (mucocèle) ou avec contenu purulent (Empyème sacculaire).

Dans une troisième période, assez rare, l'infection du sac a franchi les barrières de l'organe, il y a phlegmon lacrymal.

Une quatrième période, très exceptionnelle, est caractérisée par une fistule lacrymale.

III. — Au point de vue pathogénique, il faut incriminer l'imperméabilité temporaire du canal nasal, dont l'évolution se trouve en retard. Le processus de résorption procède de haut en bas, et le défaut de canalisation existe dans l'embouchure du méat inférieur.

L'orifice inférieur du canal nasal est terminé en cul-de-sac chez le nouveau-né. La perforation de ce cul-de-sac est due surtout à la distension progressive du repli embryonnaire par le bouchon gélatineux qui remplit les voies lacrymales et disparaît vers le troisième jour.

IV. — Le diagnostic est facile, toutefois, il ne faut pas la confondre avec la conjonctivite purulente du nouveau-né. La suppuration est d'origine lacrymale et non d'origine conjonctivale, comme le démontre un examen attentif.

V. — La dacryocystite congénitale est d'un pronostic bénin, en raison de sa curabilité habituelle, elle évolue normalement vers la guérison, et ses complications sont rares.

VI. — Le traitement sera médical : petits massages de la région sacculaire, pour faciliter l'expulsion du bouchon muqueux; lavages antiseptiques au permanganate de potasse et collyres à l'argyrol. S'il y a phlegmon lacrymal surajouté, une incision sera nécessaire.

Nous repoussons énergiquement l'incision du canalicule lacrymal, le cathétérisme, et de même l'extirpation du sac lacrymal, si souvent indiquée chez l'adulte.

Vu : **LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**
LE DOYEN, **ROLLET.**
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Novembre 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du conseil de l'Université,

JEAN LEPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Recherches anatomo-pathologiques sur 100 sacs lacrymaux, extirpés par dacryocystite (*Thèse de Lyon*, 1923).
- BARDOUX. — De la dacryocystite congénitale (*Thèse de Toulouse*, 1905-06).
- BÉRAUD. — Recherches sur la tumeur prélacrymale (*Arch. Gén. de Méd.*, 1851, I).
- BOURDON. — Le canal nasal (*Thèse de Lyon*, 1923).
- CASALI. — La batteriologia della dacriocistiti (*Ann. di Otol.*, 1909, p. 105).
- CANGE. — Dacryocystite congénitale gangréneuse (*Arch. d'Oph.*, déc. 1924).
- CASSIMATIS. — Double dacryocystite congénitale purulente (*Clin. ophtal.*, août à décembre 1911).
- CHEVALLEREAU. — Discussion sur le traitement des affections des voies lacrymales (*Soc. Franç. d'Opht.*, p. 24, 1891).
- COPPEZ. — *Ibid.*, p. 24.
- ELIASBREG. — Beitrag zur Frage von der dacryocystitis congenita (*Klin. Monats. f. Augen.*, 1901, p. 192).
- FAGE. — Sur la dacryocystite des nouveaux-nés (*Soc. Franç. d'Opht.*, 4 mai 1911).
- GABRIELIDÈS. — De l'extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux (*Thèse de Lyon*, 1922).
- GUEDENY. — Les valvules lacrymales normales et pathologiques (*Thèse de Lyon*, 1923).
- HEDDAEUS. — Traensack. bleñorrhée der neugeborenen (*Klinische Monatsblätter.*, 1882, p. 81-88).

HIRCH. — Congenital dacryocystitis (*Archives of Ophthalmology*, vol. XXXVI, page 661).

ICARD. — Canal lacrymo-nasal au point de vue de la médecine légale (*Soc. de pathol. comp.*, 8 déc. 1925).

LEBOUCQ. — Dacryocystite congénitale familiale (*Arch. d'Ophthalm.*, 1921, p. 508).

MAGNI. — Sur un cas de dacryocystite bilatérale avec phlegmon bilatéral du sac lacrymal (*Bolletino d'Oculistica*, p. 488, ann. 1923).

MICHEL. — Traité des maladies des yeux, 1857, tome II, p. 172.

PANAS. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1894.

PÉCHIN. — Dacryocystite congénitale atténuée (*Arch. d'Opht.*, 1905, p. 490).

PETERS. — Ueber die Tranensack-blenorrhée bei neugeborenen (*Klin. Monatsbl. für Augen.*, 1891, p. 376 et 1892, p. 362).

PAJA. — Contributo alla dacriocistiti dei neonati (XI^e Congrès Intern. d'Ophthalm. Naples, 1909).

KOCHON-DUVIGNEAUD. — Dilatation des voies lacrymales chez le fœtus et le nouveau-né, consécutive à l'imperforation de leur orifice inférieur (*Arch. d'Ophtal.*, février 1899).

ROLLET. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Lyon Médical*, 2 mai 1897, p. 5).

ROLLET. — La cure radicale des dacryocystites (*Rev. Gén. d'Ophtalm.*, 1903).

ROLLET. — La dacryocystite congénitale (*Soc. d'Opht. de Lyon*, 10 nov. 1926).

ROLLET et BUSSY. — Recherches bactériologiques et cliniques sur 100 dacryocystites avec extirpation du sac (*Arch. d'Ophtalm.*, janvier 1923).

ROLLET et BUSSY. — Recherches anatomo-pathologiques sur 100 cas de dacryocystites avec extraction du sac et du canal nasal (*Arch. d'Opht.*, juin 1923).

SCHOÛSBOE. — Les dacryocystites congénitales par obstruction canaliculaire osseuse (*Thèse de Lyon*, 1920).

STANCULÉANU. — Recherches sur le développement des voies lacrymales chez l'homme et les animaux (*Arch. d'Opht.*, 1900, p. 141).

TERSON. — Rapport sur le traitement des affections des voies lacrymales (*Soc. Franç. d'Opht.*, p. 3, 1891).

VALUDE. — Sur la dacryocystite des enfants du premier âge (*Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 14 mars 1899).

ZELENKOWSKY. — Contribution à la bactériologie de la dacryocystite congénitale (*Wietnik Ophtalmologii, St-Petersbourg*, année XIV, fasc. 1, janvier-février 1902).

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre Premier. — Historique.....	9
Chapitre II.— Anatomie des voies lacrymales du nouveau-né	13
Chapitre III.— Anatomie pathologique.	19
Chapitre IV.— Pathogénie	23
Chapitre V.— Etiologie... ..	27
Chapitre VI.— Symptômes.....	29
Chapitre VII.— Diagnostic.....	33
Chapitre VIII.— Pronostic	37
Chapitre IX.— Traitement	39
Observations	43
Conclusions	55
Bibliographie.	59

